

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 27 février 1901 à 1 heure

PAR HENRI PERROT

Né à Paris, le 28 janvier 1874.

INFECTION
DE LA GLANDE PAROTIDE
CHEZ LE NOUVEAU-NÉ



Président : M. TILLAUX, professeur.

*Juges : { MM. RECLUS, professeur.
REYNIER et SÉBILEAU, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

L. BOYER

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15. rue Racine, 15

1901

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	Professeurs	M. BROUARDEL
Anatomie		MM.
Physiologie		FARABEUF.
Physique médicale		CH. RICHET.
Chimie organique et chimie minérale		GARIEL.
Histoire naturelle médicale		GAUTIER.
Pathologie et thérapeutique générales		BLANCHARD.
		BOUCHARD.
Pathologie médicale		DEBOVE.
		HUTINEL.
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE
Anatomie pathologique		CORNIL.
Histologie		MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils		TERRIER.
Matière médicale et pharmacologie		POUCHET.
Thérapeutique		LANDOUZY
Hygiène		PROUST.
Médecine légale		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		BRISSAUD.
Pathologie expérimentale et comparée		CHANTEMESSE
		POTAIN.
Clinique médicale		JACCOUD.
		HAYEM.
		DIEULAFOY
		GRANCHER.
Maladie des enfants		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux		BERGER.
		DUPLAY.
Clinique chirurgicale		LE DENTU
		TILLAUX.
Clinique ophthalmologique		PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires		GUYON.
Clinique d'accouchements		BUDIN.
		PINARD.

Agréés en exercice.

MM.			
ACHARD	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ALBARRAN	DUPRE	LEPAGE	THOINOT
ANDRE	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BROCA (Aug.)	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH
BROCA (ANDRÉ)	TOURETTE	MERY	WALTHER
CHARRIN	HARTMANN	ROGER	WIDAL
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILEAU	WURTZ
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	
	LEGUEU	THIERY	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1793, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

Hommage de respectueuse reconnaissance.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE.

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Chirurgien de l'Hôpital de la Charité.

Membre de l'Académie de médecine.

Commandeur de la Légion d'honneur.

INFECTION

DE LA GLANDE PAROTIDE

CHEZ LE NOUVEAU-NÉ

INTRODUCTION

Depuis que Bouchut en 1876 a étudié les suppurations chez le nouveau-né, depuis qu'il a montré leur rapport avec la puerpéralité, nombre d'auteurs se sont occupés de cette question. Elle a présenté un intérêt tout particulier depuis que les découvertes bactériologiques ont permis de rechercher et de reconnaître les sources de l'infection.

Pendant longtemps, en effet, après les recherches de Davaine, on n'a admis comme infection possible chez le nouveau-né que celles qui se produisent directement sans passer par le placenta ; mais bientôt les observations ont prouvé que l'infection pouvait passer de la mère au fœtus, dans des cas exceptionnels il est vrai. Dès lors la loi de Brauell-Davaine fut démontrée fausse ou tout au moins

perdit son caractère d'absolutisme après les recherches d'Arloing, de Cornevin et Thomas, de Roux et Chamberlont. Straus et Chamberland dans leurs travaux ruinèrent définitivement cette loi « qui généralise une exception ».

Beaucoup d'auteurs ont signalé depuis cette époque des cas d'infection *in utero*. Nous ne pouvons ici refaire cet historique complet que l'on trouvera d'ailleurs exposé dans la thèse de Mlle Margoulieff (1). On a donc divisé les infections chez le nouveau-né en deux catégories :

Infections contractées dans l'utérus à travers le placenta ;
infections contractées après la naissance.

Cette division ne pouvait encore répondre à tous les cas ; les germes pathogènes peuvent en effet pénétrer l'œuf sans passer par la voie placentaire.

Les travaux de M. le Professeur Budin, ceux de M. Deme-
lin et plusieurs autres parmi lesquels nous citerons la
thèse de Lehmann (2) prouvent en effet que le liquide
amniotique « peut s'infecter primitivement et être cause
de l'infection fœtale consécutive, que les membranes aient
été rompues prématurément, l'infection étant ascendante
ou que les membranes soient intactes les microbes ayant
pénétré dans la cavité ».

Il est donc intéressant, lorsqu'un enfant nouveau-né
présente une suppuration très précoce d'en rechercher
la cause et le mécanisme. On se demandera si cette infec-
tion a été transmise par la mère à travers le placenta ;
si elle a été contractée avant la naissance par une autre

1. Mlle Margoulieff. Thèse de Paris. *Sur la variole contractée
par le fœtus dans la cavité utérine*

2. Lehmann, Thèse de Paris 1899.

voie ou si, enfin, il s'agit d'une infection postérieure à l'accouchement. On conçoit que cette distinction ne soit pas toujours facile à établir.

Pour nous, dans ce modeste travail, nous nous contenterons d'envisager les cas, assez rares d'ailleurs, de parotidite survenue chez le nouveau-né. Ce sont des faits assez peu communs et qui n'ont pas jusqu'aujourd'hui, croyons-nous, été l'objet d'étude spéciale.

C'est pourquoi ayant pu recueillir une observation inédite et complète de cette affection, nous avons cru bien faire en y consacrant ce travail.

Nous étudierons d'abord, en nous basant sur les quelques faits connus, les voies d'infection de la glande et les lésions dont celle-ci est le siège. Après avoir rapporté les observations que nous avons pu retrouver et celle que nous avons recueillie, nous essayerons de tracer le tableau symptomatique et de montrer les complications auxquelles expose cette affection ; nous dirons quel en est le pronostic et nous terminerons ce travail par des considérations thérapeutiques ayant trait d'abord à la prophylaxie de ces infections puis à leur traitement chirurgical.

Avant de commencer cette étude qu'il nous soit permis d'exprimer ici notre vive reconnaissance à tous nos maîtres.

Dès le début de nos études nous avons le grand désir de nous attacher à l'étude des maladies infantiles, nous avons eu la bonne fortune de pouvoir entrer dans le service d'un maître incontesté et nous avons pu profiter des savants enseignements de M. le professeur Lannelongue

à l'hôpital Trousseau ; nous lui adressons l'expression de notre sincère reconnaissance. M. le professeur agrégé A. Broca nous a accueilli avec la plus grande bienveillance et nous a permis, tout en profitant de ses conseils, de travailler par nous-même au point de vue pratique ; il a droit à toute notre gratitude.

Qu'il nous soit permis d'adresser ici un hommage à la mémoire de M. Marchand dont nous avons été l'élève à l'hôpital Saint-Louis. M. Moutard-Martin dont nous avons eu l'honneur d'être l'élève a été pour nous un maître plein de condescendance dont nous n'oublierons pas les savants conseils.

Que M. le Dr Soupault nous permette de lui exprimer nos remerciements pour la bienveillance avec laquelle il nous a initié à la clinique médicale.

Nous ne saurions oublier le séjour que nous avons fait chez le Dr Schwartz, chirurgien à l'hôpital Cochin, professeur agrégé à la Faculté et nous adressons également l'hommage de notre reconnaissance à M. le Professeur agrégé Humbert dont nous avons suivi l'intéressant service à l'hôpital Ricord.

M. le Professeur Budin a bien voulu nous agréer dans son service et nous permettre de profiter de ses savantes leçons, c'est à lui que nous devons tout ce que nous avons pu apprendre dans l'art difficile des accouchements, nous n'oublierons jamais ses sages conseils. C'est en grande partie à son précieux enseignement et à ses remarquables travaux que nous devons d'avoir pu entreprendre cette étude.

Que M. le Professeur Tillaux, chirurgien de l'hôpital de la Charité, veuille bien agréer l'hommage de notre reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

CHAPITRE I

Étiologie.

L'étiologie des parotidites suppurées comporte des causes d'infections multiples. C'est ainsi que dans les traités classiques nous voyons incriminer comme causes locales, la propagation de l'inflammation due à un calcul, à un furoncle, à un anthrax, à une arthrite temporo-maxillaire, à un adéno-phlegmon etc. ; dans ces cas on n'a véritablement pas affaire en réalité à une parotidite ; mais bien plutôt à un phlegmon de la région parotidienne. C'est en effet le tissu conjonctif périglandulaire ou les ganglions de la région qui sont le siège primitif de l'infection. Le plus ordinairement, la parotidite vraie sera le résultat d'une infection d'origine buccale.

Comme causes générales, on a incriminé la fièvre typhoïde, le typhus, les fièvres éruptives, la fièvre puerpérale, la pneumonie, la diphtérie etc..., on a même été jusqu'à accuser les opérations abdominales dont l'action a été complètement réfutée par Terrier, Broca et Hartmann.

Il est certain que les affections débilitantes, les cachexies chroniques sont des conditions favorables à l'infection de la parotide mais incapables de la produire directement.

Il est vrai, que dans la pneumonie, la fièvre typhoïde, dans toutes les maladies qui s'accompagnent habituellement d'infection buccale ou pharyngienne, les microbes pénétreront d'autant plus facilement dans les voies salivaires que l'état général aura plus diminué les moyens de défense de l'organisme.

Les glandes salivaires constituent alors un lieu de moindre résistance à l'égal de toutes les autres glandes de l'organisme ; et si l'infection se localise en elles, c'est parce que leurs canaux excréteurs viennent précisément s'ouvrir dans une cavité enflammée et riche en microbes. Il nous faut donc envisager les conditions suivant lesquelles la glande parotide peut s'enflammer.

Chez le fœtus et le nouveau-né, comme chez l'adulte, l'infection peut se faire :

1° Par voie ascendante ou salivaire ;

2° Par voie sanguine ;

3° Par voie lymphatique ; encore est-il que cette dernière semblerait plutôt devoir donner naissance à des adéno-phlegmons, à des suppurations du tissu périglandulaire qu'à des affections de la glande elle-même.

Mais chez le fœtus, une division immédiate s'impose :

1° Le fœtus a-t-il été infecté par l'intermédiaire de la circulation maternelle ; en un mot le placenta s'est-il laissé pénétrer par les microbes.

2° S'agit-il d'une infection qui n'ait point pour origine le sang de la mère.

I. — INFECTION PAR VOIE PLACENTAIRE.

Depuis les recherches d'Arloing, de Cornevin et Thomas, de Roux et Chambrelent, de Straus et Chamberlan et de beaucoup d'autres auteurs, on sait que les microbes peuvent traverser le placenta. Dès 1879, Galtier, puis Klotz, ont démontré que la syphilis se transmettait de la mère au fœtus. Depuis, Cadéac et Mallet ont constaté le passage du microbe de la morve ; Johné, Landouzy et Hippolyte Martin, Küss et beaucoup d'autres ont signalé des cas de passage du bacille de Koch. Spietz, Goth ont vu la transmission des fièvres récurrentes et intermittentes. Tizzoni et Cantani ont signalé la transmission du choléra asiatique ; Laveran celle des oreillons ; Lomer celle de l'ictère infectieux. Legendre rapporte des cas d'infection scarlatineuse ; Kaltenbach, Runger, Lebédoff, des cas d'érysipèle ; Mlle Margoulieff des cas de variole qui sont tout à fait caractéristiques.

- L'infection par la voie placentaire est donc évidemment possible ; Malvoz dans un mémoire des *Annales de l'Institut Pasteur* a étudié les conditions de ce passage. Il a montré en particulier, que les micro-organismes ne peuvent franchir la barrière placentaire pour envahir l'embryon, que lorsque le placenta présente des altérations histologiques au niveau des villosités choriales ; encore est-il que ces lésions peuvent déterminer des thromboses vasculaires qui pour la tuberculose en particulier constituent un véritable moyen de défense.

L'infection par la voie placentaire est donc démontrée— mais nous n'avons pas pu trouver de cas où elle ait déterminé des infections de la glande parotide.

II. — INFECTION EXTRA-PLACENTAIRE.

Le produit de la conception peut s'infecter :

1° avant l'accouchement, par la pénétration de microbes dans le liquide amniotique, que l'œuf soit intact ou les membranes rompues.

2° Pendant l'accouchement.

3° Après la naissance.

1° *Infection avant l'accouchement.* — Le fœtus avant l'accouchement peut puiser des germes septiques dans le liquide amniotique lui-même. Lehmann (1) en 1829 a étudié l'infection amniotique et ses conséquences pour l'enfant.

Cette infection des eaux de l'amnios avait déjà été signalée par Moriceau en 1740 ; puis par Lamotte et par Beau-delocque. Orme (2) Cattin (3) ont rapporté des faits semblables. Tarnier, Lorain (dans sa thèse 1855), ont insisté sur l'influence de la putréfaction des liquides amniotiques.

Enfin, nous signalerons les travaux récents de MM. Démelin, Létienne, Lesage, Legry, Dubrisay, Galtier, Baron etc. sur le même sujet.

Lehmann divise ainsi les voies d'infection du liquide amniotique :

1. Lehman, thèse, Paris, 1829, n° 225.

2. Orme, The lancet, 1828.

3. Cattin, thèse de Strasbourg 1836.

A. — Normalement aseptique, le liquide amniotique peut s'infecter, à la suite du fœtus lui-même, dans les cas d'infections plus ou moins graves, plus ou moins longues, et surtout plus ou moins généralisées de la mère.

B. — Il peut s'infecter primitivement et être cause de l'infection fœtale consécutive ; les membranes une fois rompues.

C. — Il peut s'infecter primitivement, l'œuf étant complet.

Nous n'avons pas à nous occuper ici de la première catégorie qui est consécutive à l'infection transplacentaire du fœtus dont nous avons déjà parlé ; mais la cavité de l'œuf peut s'infecter d'une autre façon. En effet, au cours d'une discussion à l'Académie de médecine en janvier 1881 ; Depaul, Tarnier, Blot et Colin d'Alfort ont prouvé que le fœtus peut se putréfier les membranes de l'œuf étant intactes, et depuis, les observations de Charpentier et de Lehmann ont confirmé pleinement cette opinion.

Dans ces cas l'infection peut se produire au niveau de petites hémorragies utérines découpant les membranes et se mettant en communication avec l'air extérieur ; mais bien plus souvent les microbes se propagent par infection de voisinage venant de l'intestin, de la vessie ou des trompes. Une observation de Chantemesse, Widal et Legry rapportée par Lehmann, prouve bien que l'utérus lui-même peut se laisser traverser par les microbes. Nous pourrions encore citer les travaux de M. le Professeur Pinard sur les rapports de l'appendicite et de la grossesse. Dans presque tous ces cas, les auteurs signalent : soit de

la fièvre après l'accouchement, soit une maladie infectieuse, soit une lésion de voisinage, comme une salpingite par exemple ; il n'y a qu'une observation de Lehmann dans laquelle la mère ne présenta aucun trouble ni avant ni après l'accouchement. Mais dans cette observation, on a bien constaté qu'à la rupture de la poche le liquide amniotique était *épais, boueux, noirâtre, extrêmement fétide*.

Dans notre observation, rien de semblable n'a été noté ; pas de maladie antérieure de la mère, liquide amniotique normal, suites de couches apyrétiques.

Il est donc peu probable que l'on doive incriminer pour ce cas un tel mécanisme d'infection.

2° *Infection pendant l'accouchement.* — Le liquide amniotique est susceptible de s'infecter dans d'autres conditions et d'une façon probablement bien plus fréquente. On a fait ressortir qu'au début du travail, la barrière opposée par le bouchon muqueux n'existait plus ; or lorsque la poche des eaux est rompue, si cette rupture est prématurée et que l'accouchement soit retardé, l'infection peut remonter de proche en proche et les microbes du vagin peuvent pénétrer dans l'œuf, où ils deviennent alors une source d'infection pour le fœtus.

Est-il besoin d'insister sur les infections qui pourraient être produites par le toucher fait avec un doigt insuffisamment désinfecté, ou par l'introduction d'un instrument non stérilisé ?

Mais il y a plus ; même en admettant que les mains ou les instruments soient parfaitement aseptiques, ne doivent-ils pas traverser avant d'arriver à l'utérus et au

foetus, un milieu septique, le vagin. Toutefois, « pour que ces conditions puissent se trouver réunies, il est indispensable qu'il s'écoule un certain laps de temps entre l'ouverture de l'œuf et l'expulsion du produit de la conception » (Lehmann). Peut-être est-ce par ce mécanisme que l'infection s'est produite chez l'enfant dont nous rapportons l'histoire ; aucune certitude ne peut cependant être donnée à ce sujet puisque l'examen du liquide amniotique n'a pu être fait ; il ne faut pas oublier pourtant que si les eaux se sont écoulées de bonne heure, que si le travail a été un peu long, on avait affaire à une primipare, et qu'en somme l'accouchement s'est passé d'une façon à peu près normale.

Dans l'observation de MM. Démelin et Le Damany, c'est évidemment la petite lésion produite par le forceps qui a été le point de départ de l'infection mais rien ne prouve que cette infection se soit faite dans l'utérus. La lésion a été produite par l'instrument avant la naissance, mais il est très possible, pour ne pas dire probable, que l'infection est venue de l'extérieur. Au même titre que le toucher, et les autres manœuvres intra-utérines, on peut incriminer la manœuvre de Moriceau qui, faite sans précautions suffisantes d'asepsie, pourrait produire une infection directe de la cavité buccale.

3° *Infection après la naissance.* — L'enfant dès sa naissance, a de multiples occasions de voir s'infecter sa cavité buccale. Tout d'abord lorsqu'il naît étonné, ou en état de mort apparente, il peut être infecté par les linges ou compresses dont on se sert pour débarrasser la bouche des mucosités. Les précautions à ce point de vue sont

d'autant moins bien prises, que le temps presse, que chacun a hâte d'entendre vagir l'enfant, il y a donc à ce moment toujours un peu de précipitation et la cavité buccale peut se trouver directement infectée. Bien que nous n'ayons pas de preuve absolue pour l'affirmer, il n'est pas impossible, que cette cause puisse être invoquée pour notre petit malade.

M. Chassande-Baroz (1) dans une classification vraiment un peu compliquée de notions causales, incrimine encore l'adénophlegmon, la grenouillette, l'angine de Ludwig et toutes les affections de la cavité buccale, en particulier les stomatites, les ostéopériostites, les angines, les ulcérations de toute nature.

Faut-il incriminer aussi les fièvres éruptives, les maladies infectieuses, la septicémie? Chez l'adulte, c'est souvent dans ces conditions que se développe une parotidite, mais les maladies éruptives dans le tout premier âge, de même que la fièvre typhoïde par exemple, sont tout à fait exceptionnelles; la broncho-pneumonie et les septicémies peuvent jouer au contraire un rôle. Mais si nous nous en rapportons aux deux observations de parotidite chez le nouveau-né, c'est surtout à l'inflammation d'origine buccale qu'il faut se rattacher. En effet, dans notre cas, cette voie d'infection était des plus nettes. Le nouveau-né de l'observation de Démelin et Le Damany présentait, il est vrai, des phénomènes d'infection générale: broncho-pneumonie, ostéo-périostite phlegmoneuse de l'extrémité inférieure du fémur droit, arthrite temporo-maxillaire.

1. *Chassande-Baroz*. Thèse de Paris 1900.

mais quand on analyse la succession des accidents, il semble que la parotidite ait été la première infection.

Quant aux causes d'infection de la bouche du nouveau-né, il en est une dont la recherche a malheureusement fait défaut, aussi bien dans le cas de Démelin et Le Damany que dans le nôtre. Il serait intéressant en pareil cas d'avoir l'examen bactériologique du lait. On sait en effet que le lait peut, même en l'absence d'inflammation apparente de la glande mammaire, tenir parfois des germes septiques ; à plus forte raison, devra-t-on mettre en avant cette voie d'infection, lorsque la nourrice est atteinte de galactophorite. Les travaux de Damourette (1) de Raffaëlle Sarra (2) et du professeur Budin (3) en ont bien établi l'importance.

Quant à l'état général de l'enfant, il est bien évident que les sujets lymphatiques, herpétiques, scrofuleux ; que les débiles, les prématurés et les atrepsiques offrent à l'infection un terrain très favorable et presque complètement dépourvu de défense.

Les cas de parotidite chez le nouveau-né sont trop peu nombreux pour pouvoir prouver quelque chose à cet égard ; dans notre observation, l'enfant était vigoureux et très bien constitué.

Nous ne reprendrons pas la question de la voie de pénétration microbienne dont nous aurons seulement quel-

1. Damourette. *Thèse de Paris* 1895.

2. Raffaëlle Sarra. *Rev. des mal. de l'enf.* 1894 p. 139.

3. Budin *Bull. de l'acad. de méd.* juillet 1892 *clin. d'accouch.*, 17 nov. 1899.

ques mots à dire au chapitre suivant. Qu'il nous suffise, pour le moment, de redire, d'après les travaux de Girode, Hanau, Claisse et Dupré, Pilliet et Girode que l'infection est à peu près toujours ascendante par voie canaliculaire.

Ajoutons pour terminer que dans les deux observations de parotidite suppurée chez le nouveau-né que nous rapportons, l'examen bactériologique a été fait. Il a montré que l'infection était due au staphylocoque dans le cas de Démelin et LeDamany, au streptocoque dans notre observation. Ces deux microbes sont, du reste, des hôtes habituels de la cavité buccale

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Avant d'étudier les lésions que présente la glande parotide dans les parotidites des jeunes enfants, nous allons rappeler brièvement la disposition anatomique et les rapports de ces organes, puisqu'aussi bien ces connaissances nous seront indispensables, et pour comprendre la voie d'infection la plus fréquente et pour interpréter les symptômes et pour prévoir les complications.

Anatomie. — La glande parotide qui tire son nom de son voisinage avec l'oreille occupe une région située en arrière du maxillaire inférieur (branche montante) elle se trouve au-dessous du conduit auditif externe et repose en somme sur la partie latérale du pharynx. C'est la plus volumineuse des glandes salivaires; elle est constituée par une masse glandulaire lobulée, assez résistante. Sa couleur est légèrement rosée et un peu jaunâtre; sur le cadavre, au contraire, elle a une coloration grise. Elle est située dans une loge dont la forme est celle d'un prisme vertical à trois faces (P. Poirier). En disséquant la région, on arrive à cette loge par un orifice que limitent l'articulation temporo-maxillaire en haut et en avant; le conduit auditif externe en haut et en arrière; le bord antérieur de cet orifice est limité par la branche montante du maxillaire

inférieur, son bord postérieur par l'apophyse mastoïde et le sterno-mastoïdien. La bandelette maxillaire, trousseau fibreux résistant qui se jette de l'aponévrose du sterno-cléïdo-mastoïdien sur l'angle de la mâchoire en passant par-dessus la jugulaire externe, limite la partie inférieure de cet orifice.

La face antérieure de la loge est constituée par le bord postérieur de la branche montante du maxillaire doublée du masséter en dehors, du ptérigoïdien et du ligament sphéno-maxillaire en dedans. Quant à la face postérieure, elle est constituée par le bord antérieur du sterno-mastoïdien, le muscle digastrique (ventre postérieur), l'apophyse styloïde et les organes du bouquet de Riolan. La face supérieure est limitée en avant par l'articulation de la mâchoire; en arrière par la portion cartilagineuse et la portion osseuse du conduit auditif externe; enfin la base se trouve formée par la bandelette maxillaire.

Dans la profondeur, la loge parotidienne présente un petit orifice que M. P. Poirier délimite ainsi: en haut, portion de la base du crâne comprise entre l'apophyse styloïde et l'épine du sphénoïde; en arrière, l'apophyse styloïde et le ligament stylo-maxillaire, en avant la bandelette sphéno-maxillaire.

La glande occupe exactement toute cette loge et parfois même paraît débordante en dehors au niveau de l'orifice (Cruveilhier); elle se prolonge en particulier sur la face externe du masséter accompagnant le canal excréteur; c'est le prolongement massétéрин qui constitue une sorte d'accessoire de la glande.

D'après M. P. Poirier, on trouverait encore des prolongements d'importance moindre, tels que celui qui pénètre entre le digastrique et l'apophyse styloïde ; celui qui s'insinue entre le digastrique et le sterno-mastoïdien. On a vu aussi un prolongement entre le ptérigoïdien interne et la branche montante du maxillaire. Dans la profondeur on trouve presque toujours le prolongement pharyngien (7 fois sur 12, d'après Richet). Ce prolongement peut venir jusqu'au contact avec les parois latérales du pharynx ; il est toujours situé en avant sous l'aponévrose stylo-pharyngienne, en rapport avec la trompe d'Eustache, le maxillaire inférieur et son ganglion otique, le lingual et le dentaire inférieur et enfin la corde du tympan. En arrière de l'aponévrose, le prolongement pharyngien de la glande prend par son intermédiaire des rapports avec la carotide interne, la jugulaire interne, le pneumogastrique, le glosso-pharyngien, le spinal qui d'après Chrétien (1) pourrait quelquefois traverser la glande même, le grand hypoglosse, et les ganglions lymphatiques.

Parmi les rapports, les plus importants à préciser pour nous, sont ceux qu'elle affecte avec les vaisseaux et les nerfs.

La glande parotide présente des rapports intimes, d'abord avec la carotide externe qui la traverse de bas en haut et de dedans en dehors dans ses deux tiers supérieurs seulement. C'est pendant qu'elle traverse la parotide, que cette artère donne l'auriculaire supérieure.

1. *Dictionn. encycl. de Démichabre*, art. 1 *carotide*.

Généralement aussi c'est dans la glande que l'artère se bifurque. Triquet (1) a signalé une disposition rare dans laquelle la carotide externe passe en dedans de la glande sans la traverser.

La parotide, est encore traversée par la veine jugulaire qui descend du col du condyle maxillaire et se dirige en bas et en dehors ; elle sort de la parotide à l'extrémité inférieure de celle-ci, après avoir reçu en traversant la glande les veines massétéline, parotidienne et auriculaire postérieure.

Les rapports avec les nerfs ne sont pas moins importants. Le facial presque aussitôt après être sorti du trou mastoïdien s'engage dans la glande ; il la traverse d'arrière en avant et très obliquement de dedans en dehors ; il croise le côté externe de la veine jugulaire et donne un grand nombre de branches qu'on a divisées en cervico-faciales et temporo-faciales. C'est également dans la parotide que le facial s'anastomose avec l'auriculo-temporal d'une part, avec le rameau auriculaire du plexus cervical d'autre part.

Les ganglions lymphatiques sont pour la plupart situés dans la glande et divisés en superficiels et en profonds ; mais d'après Merkel, il y en aurait aussi quelques-uns de sus-aponévrotiques.

L'aponévrose qui enveloppe la glande en se moulant sur elle et à laquelle M. Poirier réserve le nom de *capsule parotidienne* présente une épaisseur très inégale et une adhérence variable avec les parois suivant les points.

1. Triquet *Arch. de méd.* 1852, tome XXXIX, p. 164.

M. Faure (1) dans un très intéressant travail a montré que du côté de la peau et du masséter ; vers le digastrique, vers la région sous-maxillaire et derrière la mâchoire, l'aponévrose ou capsule était facilement décollable ; tandis qu'elle est intimement adhérente au sterno-cléido-mastoïdien et à la partie supérieure de la loge parotidienne. La formation de cette aponévrose et son épaisseur variant suivant la résistance que rencontre l'expansion de la glande dans son développement (Poirier).

La glande parotide s'ouvre dans la bouche par le conduit de Sténon dont nous rappellerons seulement le trajet. Il naît par deux branches une supérieure et une inférieure et sort au niveau du bord antérieur de la glande.

Sa longueur est de 35 à 40 millimètres ; la glande parotide est, de toutes les glandes salivaires, celle qui est la plus éloignée de la cavité buccale. Le canal chemine sur le masséter, passe en avant de la boule graisseuse de Bichat, perfore obliquement le buccinateur et la muqueuse buccale sur la surface de laquelle il s'ouvre en un point du vestibule de la bouche. Ce point d'ouverture répondrait exactement au collet de la deuxième grosse molaire ; mais d'après M. le professeur Tillaux, il serait bien souvent placé en regard du collet de la première grosse molaire. Cet orifice est ponctiforme ; il est quelquefois situé au sommet d'une saillie de la muqueuse. Dans la portion massétérine de son trajet, le canal reçoit ordinairement une petite glande accessoire.

De ces rapports que nous venons de résumer succincte-

1. Faure. *Gaz. des hôpitaux*, 23 mars 1895, n° 36.

ment on peut prévoir la gravité des parotidites suppurées qui peuvent causer des phlébites, des ulcérations vasculaires, des paralysies faciales etc. On peut également prévoir que chez le nouveau-né la glande, de constitution délicate, encore entourée de tissu conjonctif très lâche constitue un terrain propice à l'infection, sur lequel celle-ci à une évolution rapide. Enfin, on comprend que suivant les régions de la loge parotidienne vers lesquelles il se dirige le pus pourra fuser au loin et produire des décollements étendus avant d'arriver au dehors, ou bien au contraire se frayer directement passage, dans les points où la capsule est adhérente, par exemple au niveau du conduit auditif externe, comme nous l'avons vu dans le cas que nous rapportons.

Après avoir résumé ces données anatomiques, nous allons étudier les lésions de la parotidite suppurée.

Lésions macroscopiques. — Quand on dissèque la glande parotide sur le cadavre d'un sujet mort de parotidite suppurée, on peut trouver plusieurs abcès de volume variable dans l'intérieur de la glande. La paroi est formée par le tissu glandulaire qui, distendu d'abord, a bientôt cédé pour laisser le pus envahir le tissu cellulaire ; ce tissu conjonctif enflammé, contribuera lui aussi, à limiter la collection. Tantôt l'abcès est unique, occupant la presque totalité de la glande ; sa paroi est inégale et comme anfractueuse, montrant encore des vestiges de cloisonnement qui démontrent que cette collection unique, s'est formée par coalescence de plusieurs petits abcès. Quand cet abcès est moins volumineux, on peut trouver dans le voisinage, en plein parenchyme glandulaire de petites

collections purulentes qui n'ont parfois encore atteint que des proportions très exiguës.

Enfin, tout à fait au début, il s'agit presque d'une infiltration purulente qu'une incision simple ne suffit pas à évacuer. Certains lobules glandulaires contiennent une gouttelette de pus, tandis que d'autres sont simplement jaunâtres ou bien rouges et enflammées.

Hartmann, (1) dans son article du traité de chirurgie a signalé des lésions plus graves ; le sphacèle partiel de la glande pourrait s'observer, l'inflammation peut se propager du côté des muscles, du côté des os de la base du crâne, du côté des méninges. Les veines faciales, jugulaires interne et externe, les sinus du crâne ont pu se thromboser.

Smith et Bloxam (cités par Hartmann) ont signalé chacun un cas d'ulcération de la jugulaire interne. Les nerfs, le facial en particulier, ont pu être détruits et Virchow parle d'une collection purulente ayant fusé le long des troncs nerveux pour remonter jusqu'au ganglion de Gasser.

Chez l'enfant nouveau-né, les lésions paraissent conformes à la description précédente. Nous devons forcément nous baser sur l'observation publiée par Démelin et Le Damany n'ayant pu, malgré nos recherches, trouver dans la littérature médicale de cas semblables avec autopsie.

Il y avait là deux collections purulentes : l'une, du volume d'une noisette, avait détruit en partie la glande dans

1. Hartmann. — *Traité de chir.* de Duplay et Reclus t. V. p. 280.

le point où elle s'était collectée ; l'autre plus haut située, à pus fluide et rougeâtre communiquait en haut avec l'articulation temporo-maxillaire dont le condyle maxillaire était rouge et enflammé, dépoli, couvert de rugosités et complètement privé de son cartilage ; la cavité glénoïde bien que moins atteinte, présentait des lésions analogues ; en outre le nerf facial était rouge et congestionné à partir du trou stylo-mastoïdien.

Si nous essayons d'analyser ce qui existait dans notre observation, nous voyons que le pus ne fuse pas toujours vers les régions où l'enveloppe glandulaire est lâche et décollable ; il peut au contraire se frayer un passage direct à travers les parties où cette capsule présente le plus de densité et le plus d'adhérence.

Démelin et Le Damany ont cité la communication en avant avec l'articulation temporo-maxillaire ; chez notre malade, l'ouverture spontanée s'était faite dans le conduit auditif externe, enfin les signes de parésie faciale constatés permettent de supposer que le nerf a dû présenter quelques troubles passagers dans sa nutrition et sa fonction.

Lésions histologiques. — Les lésions histologiques ont été bien étudiées par MM. Cornil et Ranvier, (1) par Hanau (2) par Girode (3) par Claisse et Dupré (4).

« Lorsqu'il existe une suppuration avancée ou surtout

1. Cornil et Ranvier. *Traité d'anat. path.*

2. Hanau. *Beitrag zur pathol. anatom. und zur allgemeinen pathologie*, 1889. Bd X Heft 5.

3. Girode. *Comptes rendus de la soc. de biol.* 19 janvier 1894.

4. Claisse et Dupré. *Arch. de méd. experim.* janv. 1891.

collectée, les parties immédiatement en contact avec cette zone suppurative, ont leur texture bouleversée; elles sont infiltrées de pus et de microbes, et il est impossible de rien affirmer sur le siège initial du processus; mais en s'adressant à des portions de tissu prises à la périphérie de la glande et loin du foyer purulent, on constate aisément le caractère endo-canaliculaire de l'infection au début soit au niveau des acini soit dans les petits conduits excréteurs.

Les lumières glandulaires sont encombrées de leucocytes, de cellules épithéliales desquamées et de microbes; l'épithélium glandulaire prolifère; en certains points des phagocytes s'insinuent entre les cellules de revêtement. La bordure épithéliale contient également quelques microbes. Au contraire le tissu conjonctif interstitiel est simplement le siège d'une vive congestion vasculaire et d'un peu d'exsudation œdémateuse; mais on n'y voit ni infiltration leucocytaire importante ni microbes » (Girode).

SYMPTOMES. — MARCHÉ. — TERMINAISON. — PRONOSTIC

La parotidite des nouveau-nés ne diffère pas sensiblement de celle de l'adulte dans ses symptômes.

Le début au lieu d'être marqué par des frissons est souvent annoncé simplement par la fièvre avec des selles vertes et une diminution du poids. Cette perte de poids et les modifications des selles peuvent même précéder de quelques jours l'élévation de la température. Toutefois ces signes sont inconstants, ainsi dans notre observation il n'y a pas eu de selles vertes; dans celles de Démelin et Le Damany, le poids, après avoir diminué, a augmenté pendant que la température s'élevait.

Très rapidement les modifications locales se produisent. L'enfant souffre comme en témoignent les cris continuels, et la perte plus ou moins complète de sommeil. La région parotidienne se tuméfie. Elle est le siège d'un gonflement vague et diffus généralement très étendu qui descend jusqu'au dessous de l'angle de la mâchoire et s'étend de l'apophyse mastoïde et du sterno-mastoïdien jusqu'à la face sur laquelle elle se perd. La face est asymétrique, déformée, et prend un aspect bizarre tout particulier.

Les téguments deviennent très vite rouges et l'œdème

inflammatoire apparaît ; il envahit la face, la région temporale, le cou et le lobule de l'oreille. A ce moment, la consistance est dure, rénitente sans fluctuation ; les doigts laissent leur empreinte sur les téguments infiltrés. L'exploration est douloureuse et arrache des cris à l'enfant. C'est la période phlegmoneuse pendant laquelle le pus n'est pas encore collecté. Mais sa durée est très courte et au contraire de ce qui se passe chez l'adulte où la fluctuation est très tardive ou même fait complètement défaut, chez le nouveau-né la fluctuation apparaît très précocement. L'œdème inflammatoire se localise, la tuméfaction s'accroît un peu au-dessus de l'angle du maxillaire et devient plus rouge, en même temps que la douleur s'y localise mieux.

Cette rapidité avec laquelle le pus se forme en abondance parfois très grande, est remarquable ; on le verra dans les deux observations chez le nouveau-né, que l'on trouvera au suivant chapitre ; nous les faisons suivre de quelques observations chez l'adulte, empruntées à l'intéressant mémoire de Claisse et Dupré, pour mieux faire ressortir les différences de marche chez le nouveau-né et chez l'adulte.

Du reste les infections chez le nouveau-né évoluent généralement vite ; il semble que la collection du pus se fasse chez lui en très peu de temps. Nous ne voulons pas retenir ici des faits de suppuration rapide chez l'enfant, ce qui nous éloignerait trop de notre sujet ; mais, en nous en tenant au nouveau-né, on peut voir dans l'exemple suivant emprunté à Demelin et le Damany combien une collection purulente est vite produite à cet âge :

Observation. (MM. Demelin et Le Damany, Absès multiples du nouveau-né.

Le nommé G... Alcide, nouveau-né, est né le 22 août 1894, à la clinique de la rue d'Assas, lit numéro 11.

Sa mère est une multipare dont la troisième grossesse est à terme. Dernières règles le 14 novembre 1893. Rien de particulier dans les grossesses, les accouchements antérieurs et la grossesse actuelle.

Apparition des premières douleurs d'accouchement le 21 août, à 9 heures du matin ; elles restent presque insignifiantes jusqu'au 22 au matin.

La femme entre à la salle d'accouchement le 12 août, à 9 heures 1/2 du soir, avec une dilatation large comme la paume de la main. La dilatation est complète 1 heure après ; rupture spontanée des membranes à ce moment, le liquide amniotique est normal.

O. I. D. P., accouchement spontané, à 2 heures 45. Dégagement en O. P. — Garçon pesant 3,550 ; bien constitué.

Suites de couches normales jusqu'au 27 août. Ce jour-là, (5^e jour des suites de couches), élévation de la température à 37° 8 le soir, causée par une lymphangite du sein qui dure deux jours et qui ne présente pas de gravité pour la mère. En effet, le 28 au matin, la température est à 36° 8, elle remonte à 37° 6 le soir du même jour, pour redevenir normale à partir du 29. (Guérison complète et rapide de cette lymphangite).

Enfant. — Poids initial. . 3. 550

— 23 août . . . 3. 490

— 24 — . . . 3. 520

— 25 — . . . 3. 570

— 26 — . . . 3. 620

— 27 — . . . 3. 685

(début de la lymphangite du sein maternel).

— 28 — . . . 3. 685

(lymphangite du sein).

— 29 — . . . 3. 670

— 30 — . . . 3. 720

— 31 — . . . 3. 730

(Edème inflammatoire de la cuisse droite avec fièvre (39°6),

— 1^{er} septembre . 3. 715 (œdème inflam). T. 38°8

— 2 — . . 3. 680 — 39°2

— 3 — . . 3. 680 — 38°4

— 4 — . . 3. 650 — 38°2

— 5 — . . 3. 600 — 39°7

un abcès de la paroi thoracique gauche.

— 6 — . . 3. 535 — 41°6

Incision de l'abcès thoracique ; abaissement consécutif de la température. 38°3.

— 7 — . . 3. 570 — 40°4

— 8 — . . 3. 530 — 40°4

— 9 — . . 3. 500 — 38°9

Diarrhée fétide, œdème du cou abcès rétropharyngien.

— 10 — . . 3. 400

(Diminution notable de l'œdème de la cuisse 39°9).

Incision de l'abcès pharyngien.

— 11 — . . 3. 350 — 40°

— 12 — . . 3. 250 — 41°

— 13 — . . 3. 150 — 41°2

Mort le 13 à 11 heures du matin.

Enfant vigoureux ayant diminué fort peu et pendant un

seul jour après sa naissance ; puis augmentant régulièrement pendant cinq jours, époque à laquelle apparaît une lymphangite du sein maternel ; alors l'augmentation s'arrête et, après avoir paru reprendre pendant un jour ou deux, elle cesse tout à fait pour faire place à une diminution qui va continuer jusqu'à la mort.

Le 9^e jour, œdème inflammatoire de la cuisse gauche, entourant complètement l'articulation coxo-fémorale, mais accentué surtout en arrière et en dedans. La cuisse est douloureuse, surtout en avant ; le membre remue à peine, tandis que celui de l'autre côté a gardé sa mobilité normale ; cet œdème inflammatoire dure plusieurs jours. Est-ce un phlegmatia ou un abcès profond ? Une ponction à la seringue de Pravaz, faite dans les masses musculaires ne retire pas de pus.

L'œdème de la cuisse dure depuis le 31 août jusqu'au 10 septembre ; ce jour-là, il disparaît en même temps que la mobilité normale reparait dans le membre.

Entre temps, l'état général est mauvais, les téguments sont pâles, la température élevée.

Le 5 septembre, apparaît un abcès de la paroi thoracique gauche que l'on incise le 6. *Le pus examiné contient du staphylococcus aureus pur.*

Le 9, diarrhée fétide ; au soir on note de l'œdème du cou, surtout du côté droit, formant une saillie du volume d'une noix, au niveau du bord antérieur du sterno-mastoïdien, mais sans contours nets ; il existe une légère dyspnée, avec de la cyanose péri-buccale (l'auscultation du poumon reste négative).

Un peu au-dessous de l'incision thoracique, on trouve, au palper, la côte sous-jacente fracturée (6^e côte).

Le 10, l'œdème du cou a beaucoup augmenté, l'enfant paraît avoir un double menton ; en portant le doigt au fond de la gorge, on sent derrière le pharynx et au niveau de la colonne vertébrale, une tumeur molle, dépressible, grosse comme une noisette et cachant le corps vertébral ; il y a de la dyspnée sans râle dans les poumons, mais l'enfant expulse par la bouche des mucosités spumeuses comme dans l'expectoration albumineuse ; il s'agit d'un abcès rétropharyngien. Demelin l'incise en portant au fond de la gorge, le long de son index, un bistouri pointu entouré de diachylon, sauf au niveau de la pointe qui est libre sur une étendue de 1 centimètre seulement. On coupe la paroi postérieure du pharynx aussi superficiellement que possible, puis par la plaie ainsi faite, on introduit une sonde cannelée qui pénètre dans la cavité de l'abcès et fait sortir environ deux cuillerées à café de pus franchement jaune ; l'enfant ayant été opéré la tête en bas, du pus pénètre dans l'œil gauche, mais les jours suivants il ne présente aucune trace d'ophtalmie.

L'enfant a de la diarrhée jaune fétide depuis le 5 septembre, date de l'apparition de l'abcès thoracique ; la température subit de grandes oscillations quotidiennes comprises entre 41°6 et 37° ; des bains tièdes sont donnés plusieurs fois par jour, chaque fois la température baisse, tantôt de quelques dixièmes, tantôt de 1 degré 1/2, mais pour remonter peu de temps après.

La diarrhée continue et l'enfant meurt le 13 septembre.

Autopsie. Abcès multiples. Infection intestinale terminale.

Aspect extérieur.— Erythème des fesses. Abdom n légè-

rement météorisé. Facies athreptique sans amaigrissement marqué.

Plaie longue de 1 cent. 1/2 environ, située sur la paroi thoracique gauche à 2 cent. environ en dehors de la ligne mamelonnaire et à 3 cent. au-dessus du mamelon.

A 3 millim. en avant de l'extrémité de cette plaie, on trouve, au palper, une saillie formée par la côte sous-jacente (6°), saillie due probablement à une solution de continuité.

En agrandissant légèrement la plaie faite par le bistouri, on tombe sur une cavité à peu près circulaire ayant 1 centimètre de diamètre. Au fond de cette cavité, on aperçoit un fragment de côte, dénudé, inégal, irrégulier comme surface, formant séquestre et complètement séparé.

Il suffit de prendre ce fragment avec la pince pour l'extraire complètement sans avoir besoin d'exercer aucune traction.

Ce séquestre a environ 1 cent. 1/2 de long, 1/2 cent. de large à l'extrémité antérieure; un peu moins à l'extrémité postérieure qui est plus pointue, bifide. Il répond à la sixième côte.

Une fois enlevé, on aperçoit une cavité contenant encore quelques gouttes de pus et le fond paraît être creusé d'un trou.

Ouverture du thorax. — A l'incision de la paroi antéro-latérale gauche du thorax, il sort une grande quantité de pus, épais, crémeux, au moment où les ciseaux viennent à couper les côtes supérieures.

A l'incision de la paroi antéro-latérale droite, on fait sortir de la sérosité sanguinolente qui est même louche dans la région inférieure.

Plevres et poumons. — *Côté gauche.* — Une fois la paroi antérieure du thorax rabattue sur le ventre, on voit du pus jaune-verdâtre, occupant environ la paroi supérieure et antérieure de la poitrine à gauche.

Au bout de cette zone, on aperçoit le bord antérieur du poumon qui est presque entièrement blanc, aussi bien dans la partie moyenne de son lobe inférieur que dans sa languette cardiaque.

Le pus paraît contenu dans une poche limitée en dehors par les trois premières côtes; en dedans et en bas, par une membrane qui paraît être la plèvre pariétale décollée par le pus de la paroi costale.

Cet abcès pleuro-pariétal supérieur est fermé de tous côtés, sans fusées; il ne communique pas avec la cavité du séquestre, qui, elle répond à la sixième côte, siège de la nécrose; il ne communique pas non plus avec la cavité pleurale proprement dite.

En effet, la cavité pleurale ne contient pas de pus. Elle ne communique ni avec l'abcès pleuro-pariétal supérieur, ni avec la cavité du séquestre qui est fermée au fond par des adhérences qui fixent le poumon à la paroi costale en ce point.

Toute la partie latérale inférieure du poumon gauche est adhérente au niveau du séquestre aux troisième, septième et huitième côtes.

Le sommet du poumon gauche est sain, sans la teinte anémique.

Sur le bord antérieur de ce sommet se voit une dépression semi-lunaire en rapport avec l'abcès pleuro-costal supérieur.

Des adhérences molles unissent la plaie pulmonaire avec le péricarde.

Le poumon gauche enlevé permet de voir près de la gouttière costo-vertébrale sur la sixième côte (celle du séquestre), deux renflements moliniformes sphériques situés entre la face interne de la plèvre pariétale. L'incision de ces deux renflements donne issue à du pus.

Côté droit. — Des fausses membranes puriformes recouvrent le bord antérieur du poumon droit sur presque toute son étendue. Des fausses membranes analogues recouvrent la face supérieure du diaphragme et la face interne de la paroi costale, ainsi que la face médiastine.

Il y a du pus en assez grande quantité dans la cavité pleurale. Adhérences au diaphragme et à la paroi costale.

Cœur. — A l'incision du péricarde, petite quantité de sérosité sans caractère. Cœur gros rempli de caillots récents. La paroi auriculaire paraît saine. Teinte pâle du muscle cardiaque.

Pharynx. — *Colonne cervicale.* — La plaie pharyngienne située sur la face postérieure du pharynx au niveau de la quatrième cervicale, communique avec une petite cavité qui contient encore quelques gouttes de pus. L'abcès rétro-pharyngien ne fusait nulle part.

Derrière l'œsophage, à environ deux centimètres au-dessous de l'abcès incisé, en existait un autre qui avait deux centimètres de longueur. La vertèbre qui est derrière lui est le siège d'une nécrose assez avancée.

Ombilic. — Sain.

Anses intestinales. — Pâles, distendues par des gaz. Atta-

che mésentérique très injectée. Pas d'adhérences péritonéales.

Une fois le paquet intestinal enlevé, on trouve un *énorme* abcès gros comme une très forte noix, limité en bas et en dehors par la fosse iliaque interne gauche, en bas et en dedans par la vessie refoulée contre la symphyse.

Les uretères sont de la grosseur d'un crayon.

Rein droit. — Augmenté de volume. Rien de spécial à la coupe.

Rein gauche. — Dilatation du bassinet.

Articulation coxo-fémorale gauche. — On trouve la cavité cotyloïde agrandie et remplie de pus.

L'arrière-fond est dépoli, le cartilage érodé.

Il y a communication entre l'articulation et la poche purulente de la fosse iliaque par un pertuis passant par l'échancre cotyloïdienne.

Articulation coxo-fémorale droite. — Une grande quantité de pus crémeux y est contenue. Cavité cotyloïde agrandie. Pas de perforation de son fond. Les articulations du genou sont saines.

Méninges et cerveau. — Rien d'anormal.

Foie. Rate. — Pas de lésions macroscopiques.

Il est encore d'autres signes qui sont fréquents dans la parotidite ce sont les troubles nerveux, les paralysies faciales surtout ; ce signe est signalé dans les deux cas que nous rapportons.

Quand on examine la bouche du nourrisson on y voit généralement des traces de stomatite ; parfois l'embouchure du canal de Sténon est rouge et enflammée ; la pres-

sion sur la région parotidienne peut même faire sourdre à ce niveau une gouttelette de pus ; ce signe est d'une importance facile à comprendre.

On a signalé aussi chez l'adulte, le trismus et la gêne de la déglutition. Chez le nouveau-né ces deux symptômes sont fort peu marqués ; les deux petits malades dont nous parlons plus loin pouvaient ouvrir la bouche et prenaient bien le sein.

Lorsque le pus est collecté, s'il ne lui est donné issue au dehors, il cherchera à se faire jour spontanément ; ce n'est pas toujours directement à la peau qu'il aboutit. Nous avons vu dans le cas que nous rapportons l'ouverture se faire spontanément dans le conduit auditif externe. De même l'articulation temporo-maxillaire peut se trouver envahie. Enfin les points faibles de la loge parotidienne, dont nous avons parlé plus haut nous expliquent bien les fusées purulentes profondes et lointaines.

A ces complications locales s'en joignent d'autres d'ordre général, soit que l'enfant succombe avec des phénomènes septicémiques, soit que déglutissant du pus, il ne présente bien vite des signes d'infection gastro-intestinale grave.

Le *pronostic* est donc grave, toujours ; il est bien entendu sous la dépendance de la résistance du sujet d'une part, de la virulence microbienne d'autre part. Le pronostic sera donc tout particulièrement grave chez les enfants débiles et venus avant terme ; bien qu'il s'agisse d'une infection de la glande sous-maxillaire et non de la parotide la première observation de Chassande-Baroz est bien explicite à ce sujet.

Pour ce qui concerne la parotidite du nouveau-né, il ne nous est pas possible d'établir une statistique, nous n'avons pu réunir que deux cas, l'un suivi de mort, l'autre ayant bien guéri. Néanmoins le pronostic doit être considéré comme généralement très grave.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (inédite).

(Due à l'obligeance du Docteur Petit).

Eugène M..., âgé de cinq jours. Cet enfant est né à terme ; la mère, femme bien portante n'a éprouvé aucun trouble pendant sa grossesse ; c'est une primipare bien conformée. Le travail a commencé le 20 mai 1898 dans la fin de la matinée ; les douleurs, après avoir été assez vives, ont diminué pour reprendre avec plus d'intensité dans la soirée.

D'après les renseignements fournis par la sage-femme, la poche des eaux s'est rompue spontanément le 21 vers 4 heures du matin ; le liquide amniotique paraissait normale. L'accouchement aurait eu lieu spontanément en occipito-iliaque droite postérieure avec dégagement de la tête en occipito-sacrée à 10 heures moins un quart, le matin du 21 mai. L'enfant est un garçon de 3 kilos 540 gr. bien constitué, qui naît étonné. On lui débarrasse la bouche des mucosités qu'elle contient avec un linge et la respiration s'établit. Les suites de couches ont été absolument normales ; à aucun moment il n'y eut élévation de la température maternelle.

Le 24 mai. — Trois jours après la naissance, on remarque

que l'enfant crie d'une façon continue et qu'il salive abondamment ; néanmoins, il prend bien le sein maternel et déglutit sans difficulté. Peu de sommeil. Température rectale 38°8. On remarque une tuméfaction rougeâtre de la partie postérieure de la joue gauche.

Le 25. — Même état. L'enfant tette peu, pas de sommeil. Température rectale 38°9.

Le 26. — Le Docteur Petit constate une tuméfaction étendue de la région parotidienne gauche dont les téguments sont rouges et œdématiés ; il n'y a cependant pas de fluctuation nette mais plutôt un empatement profond.

Le lobule de l'oreille est œdémateux ; il y a un peu de paralysie faciale. La muqueuse buccale est légèrement enflammée. Pas d'ulcération, pas de vésicules, ni de points blancs.

Le 27, au soir. — L'œdème de l'oreille a diminué ; la tuméfaction est plus localisée ; elle occupe nettement la région parotidienne ; la peau est rouge et l'on constate de la fluctuation profonde. Peu de troubles fonctionnels. Température 39°5 L'opération est décidée pour le lendemain matin.

Le 28. — La collection purulente s'est ouverte spontanément pendant la nuit dans le conduit auditif externe par lequel on voit sourdre quelques gouttes de pus épais et blanchâtre. Une incision est pratiquée dans la région parotidienne et en s'aidant de la sonde cannelée, on arrive à évacuer une collection purulente du volume d'un gros œuf de poule ; le pus est bien lié, de coloration chocolat, avec quelques stries de sang, odeur infecte. Les premières gouttes de pus sont recueillies dans une pipette pour l'examen bactériologique.

La collection purulente évacuée on introduit un drain dans

la cavité sans faire de lavage. Pansement humide antiseptique.

Le 29. — La température est tombée à 37°5, l'écoulement de pus, par le drain est abondant. Dans le conduit auditif on voit à la partie antéro-inférieure une gouttelette de pus que l'on enlève avec un tampon d'ouate stérilisée. Depuis le début des accidents, la mère n'ayant ni fièvre, ni trace d'infection on ne met pas l'enfant au sein et on le nourrit au biberon avec du lait stérilisé ; cependant la mère fait usage du tire-lait pour entretenir la sécrétion lactée. La bouche de l'enfant est nettoyée plusieurs fois par jour avec un tampon monté imbibé d'eau boriquée.

Le 30. — La température reste bonne, l'enfant dort bien ; l'écoulement purulent par l'oreille a disparu ; on voit seulement un point rougeâtre à la partie antéro-inférieure du conduit. Le pus qui s'écoule par le drain a peu d'odeur ; il est blanc, crémeux et bien lié.

Le 31. — La suppuration paraît diminuée, l'examen de l'oreille montre l'intégrité de la membrane du tympan.

Les téguments de la région parotidienne ont repris leur coloration normale ; toute trace de paralysie faciale a disparu.

Le 1^{er} juin. — Le pansement humide est remplacé par un pansement sec au salol ; la température est normale.

Rien de particulier jusqu'au 6 juin.

Ce jour, bien que l'état général soit excellent, l'enfant a la langue un peu sale, il est constipé et l'on constate à la partie antérieure du cou deux petites vésicules suppurées blanchâtres dues à l'irritation des téguments par le bord de la bande.

Ces deux petits points sont ouverts à l'aide d'une aiguille flambée, et lavés au sublimé.

Lavement.

Le 9. — La suppuration est réduite ; le drain a dû être raccourci. L'enfant progresse normalement. Après avoir constaté qu'il n'y avait dans la bouche aucune lésion, aucune trace d'inflammation, l'enfant est remis au sein ; toutes les précautions sont prises d'ailleurs pour éviter l'infection.

Le 12. — Le conduit auditif externe ne présente à l'examen aucune altération appréciable. Le drain ne pouvant être remis que difficilement et pénétrant qu'à une très faible profondeur, on le remplace par une petite mèche de gaze au salol.

Le 13. — Le pansement est humecté d'un liquide clair ressemblant à de la salive.

Le 14. — Le pansement est presque intact ; la cicatrisation marche vite.

Le 20. — La guérison est complète.

La mère n'a présenté ni élévation de température, ni lochies fétides ; elle n'a eu aucun accident du côté des seins.

Depuis cette époque, l'enfant s'est toujours bien porté jusqu'au premier janvier 1901. Il n'a pas été revu depuis.

Examen bactériologique du pus. — Deux préparations ont été faites le 28 mai. La première, colorée au bleu de méthylène ; la seconde avec le liquide de Ziel et par la méthode de Gram ne paraissent pas contenir d'autres éléments microbiens que des streptocoques à longues chaînettes.

Deux tubes de gélose sont ensemencés en surface avec le pus.

Ensemencement d'un tube de bouillon.

Ces cultures sont mises à l'étuve, et dès le lendemain, le 29 mai, les tubes de gélose présentent des colonies nombreuses et toutes semblables. L'examen microscopique montre qu'il s'agit d'une culture pure de streptocoques.

L'inoculation faite au lapin avec la culture en bouillon, prouve qu'il s'agit d'un streptocoque peu virulent, (abcès sous-cutané, sans réaction générale intense ni érysipèle, le pus de l'abcès ne renferme que des streptocoques).

Réflexions. — Il s'agit donc d'un cas de parotidite suppurée due à un streptocoque de faible virulence; Quelle a été la voie de l'infection? en raison du début très rapide après la naissance (3^e jour) on pouvait se demander s'il ne s'agissait pas là d'une infection transmise par la mère à travers le placenta; bien que les cas de ce genre soient exceptionnels il y en a de dûment avérés; ici nous ne pouvons nous semble-t-il invoquer cette cause, la mère a toujours été bien portante, le temps de la grossesse n'a été marqué par aucune infection, les suites de couches ont été normales et apyrétiques, sans lochies fétides. S'agit-il d'une infection par le liquide amniotique? La mère ne présentait aucune lésion de voisinage, le travail a commencé le 20 au matin, n'a pas été rapide; ce n'est que le 21 qu'eut lieu la rupture spontanée de la poche des eaux; celle-ci s'étant produite à 4 h. du matin l'accouchement n'a eu lieu que 6 heures après; nous

n'avons malheureusement pas pu recueillir ni examiner le liquide amniotique au point de vue de savoir s'il était ou non infecté ; il y a donc à ce point de vue une question que nous ne pouvons élucider définitivement ; mais nous ferons remarquer qu'il n'y a pas eu de lochies fétides et que la température de la mère après l'accouchement est toujours restée normale.

L'infection s'est très probablement faite par la voie buccale, comme en témoignent la rougeur et l'inflammation de la muqueuse, et la salivation. Peut-être faut-il incriminer ici le linge qui a servi à enlever les mucosités de la bouche et qui n'avait pas été stérilisé.

OBSERVATION II

(MM. Demelin et Le Damany).

Infection générale par le staphylocoque chez un nouveau-né. Parotidite. Arthrite temporo-maxillaire, ostéo-périostite phlegmoneuse de l'extrémité inférieure du fémur droit. Broncho-pneumonie. Mère indemne de tout accident inflammatoire.

22 janvier. — Dans les antécédents de la mère nous n'avons rien d'intéressant à signaler. Sa santé a été excellente avant, pendant et après l'accouchement.

Dans l'accouchement, nous noterons seulement une application du forceps dans l'excavation.

Cette manœuvre a déterminé au niveau du pariétal droit de l'enfant une petite excooriation longue de 3 centimètres, large de 5 millimètres,

L'enfant naît à terme. Son poids, à la naissance est de 2.950 grammes. Il est nourri au sein.

23. — M. Demelin constate l'existence d'une légère paralysie faciale du côté droit. Poids 2.870.

24. — Poids : 2.720 grammes. Santé parfaite. La mère est également bien portante.

25. — Poids : 2.670 grammes, selles vertes.

26. — Poids : 2.640 grammes.

27. — Poids : 2.560 grammes. La température normale jusqu'à ce moment s'élève et atteint le soir 39°. Persistance des selles vertes.

Le 28 et le 29. — La température est normale. Pendant ces deux jours le poids de l'enfant est augmenté de 130 grammes.

Le 30. — Vers midi, on constate un gonflement de la partie postérieure de la joue droite. Poids : 2.745 grammes.

Le 1^{er} février. — Poids : 2.760 grammes. Température du soir, 38°2. Le gonflement qui a été signalé avant-hier occupe la région parotidienne ; il siège immédiatement au-devant de l'oreille.

Il commence en bas, un peu au-dessous de l'angle du maxillaire, remonte jusqu'au niveau du bord supérieur du pavillon de l'oreille, et s'avance à peu près jusqu'au milieu de la joue. Les limites de cette tuméfaction sont peu nettes, sa surface est rouge, et à la périphérie la consistance est dure ; au centre, dans la partie la plus saillante, il est facile de constater de la fluctuation. La pression est douloureuse et fait pleurer l'enfant.

Cette collection purulente pourrait être un adéno-phlegmon parotidien ou une parotidite phlegmoneuse. Le diagnos

tic devient facile après l'examen de la bouche. L'orifice du canal de Sténon est rouge, tuméfié, saillant, et lorsqu'on comprime la tumeur, il laisse sourdre une goutte de pus crémeux.

Nous constatons, en outre, la réapparition de la paralysie faciale de ce même côté. La bouche est déviée à gauche, et cette déviation s'exagère lorsque l'enfant crie. Les mouvements de succion se font bien.

Le 2. — Le poids de l'enfant a diminué. Cette diminution à part quelques rémissions passagères, ira désormais en augmentant jusqu'à la mort.

Dans le point le plus saillant de la tuméfaction une petite ponction est faite avec la pointe du bistouri. Elle livre passage à quelques gouttes de pus crémeux, puis à du liquide séro-purulent. Pansement humide au sublimé.

Le 3. — L'ouverture pratiquée hier est désobstruée; elle donne passage à une assez grande quantité de liquide séro-purulent. Le gonflement n'a guère diminué. Même pansement.

La paralysie faciale persiste.

L'appétit reste bon malgré la diminution du poids. Les selles sont normales.

La température du matin est aujourd'hui de 36°1, celle du soir 36°2.

Le 4. — La température est normale. Le gonflement parotidien a diminué. En renouvelant le pansement, on fait encore sourdre par l'incision quelques gouttes de sérosité louche.

Le 5. — En avant du point où la première incision a été faite, nous constatons aujourd'hui le développement d'un

deuxième abcès au niveau duquel les téguments saillants ont une coloration rouge foncé. Une petite incision est pratiquée en ce point : elle fait sortir quelques gouttes de pus liquide rougeâtre.

La température est normale.

Le 6. — Le gonflement parotidien disparaît graduellement, la paralysie faciale semble avoir légèrement rétrocedé.

L'état général s'altère pourtant de plus en plus, la face est pâle, l'appétit diminue.

Le 7. — Nous constatons une tuméfaction considérable de la cuisse droite. Elle commence en bas, un peu au-dessus de l'interligne articulaire et occupe toute l'étendue des trois quarts inférieurs de la cuisse, dont la circonférence est à peu près doublée.

Au voisinage du genou, principalement en dedans et en dehors, la peau présente une rougeur inflammatoire diffuse.

Dans toute l'étendue de cette tuméfaction, les téguments sont oedématisés.

En avant et en dehors, vers le tiers inférieur, la fluctuation est très nette.

Les mouvements spontanés sont presque nuls, la jambe est immobilisée en demi-flexion sur la cuisse. L'extension et la flexion provoquées sont très limitées par la contracture musculaire. En les recherchant, on ne produit dans l'articulation du genou aucun craquement.

Une incision de deux centimètres sur la face antéro-externe de la cuisse, à l'union du tiers moyen avec le tiers inférieur, au point le plus fluctuant, donne passage à un flot de pus. Une sonde cannelée introduite par cette ouverture vient heurter le fémur qui est, à ce niveau, privé de son périoste.

Il a été impossible de reconnaître, par une exploration prudente, si cette collection communiquait ou non avec l'articulation du genou.

Les incisions pratiquées au niveau et en avant de la parotide droite donnent toujours un peu de pus.

L'enfant a un peu de diarrhée verdâtre.

Le 8, l'état généraäl s'altère de plus en plus, le visage est très pâle, l'amaigrissement considérable. Vers la base du poumon gauche, nous entendons quelques râles sous-crépitaants fins. Inhalations d'oxygène.

L'enfant meurt dans la soirée.

Autopsie. — Une incision verticale parallèle à la branche montante du maxillaire inférieur met à découvert la parotide droite.

Dans l'épaisseur de la glande, qui est en partie détruite par la suppuration, nous trouvons une collection de pus phlegmoneux qui remplit une poche du volume d'une petite noisette. En disséquant la parotide, nous trouvons, en dedans de sa moitié supérieure une deuxième poche purulente ; mais là, le pus est plus fluide et rougeâtre. Cette deuxième collection communique, en avant, avec l'incision pratiquée en second lieu, et, en haut, avec l'articulation temporo-maxillaire où elle a très probablement prit naissance. Le condyle droit du maxillaire est rouge, dépoli, rugueux, entièrement privé de son cartillage et comme rongé.

La cavité glénoïde du temporal présente des altérations semblables : rougeur et dépoli, mais beaucoup moins intenses.

Les sinus crâniens et les méninges de ce côté ne présentent aucune altération.

Le nerf facial au-dessous du trou stylo-mastoïdien nous a paru rouge et congestionné. Sur la cuisse droite, nous agrandissons l'incision que nous avons faite pendant la vie. Nous constatons alors, outre le décollement des parties molles et du périoste, outre la dénudation de la partie inférieure de la diaphyse fémorale, une inflammation intense et une destruction presque complète, du moins dans sa partie antérieure, du cartilage de conjugaison. Entre la diaphyse et l'épiphyse, il y a une profonde échancrure ouverte en avant. Les parois de cette cavité sont anguleuses, rouges, et présentent les signes d'une inflammation violente.

L'articulation du genou est saine, les cartilages articulaires et la synoviale ne présentent pas d'altération bien nette.

A l'ouverture du thorax, nous trouvons les cavités pleurales saines. Les plèvres viscérales sont soulevées par l'emphysème,

A la coupe, le poumon droit est normal. Le poumon gauche l'est également dans la plus grande partie de son étendue ; mais dans le lobe inférieur, on voit une bronche pleine de pus ; autour d'elle, il y a plusieurs noyaux du volume d'une lentille à celui d'un pois, de coloration rouge foncé, ne crépitant pas sous le doigt et plus denses que l'eau.

Les autres viscères, cœur, foie, rate, reins, nous ont paru normaux à l'œil nu et à l'examen microscopique.

Examen bactériologique. — Le pus de la parotide et celui de la cuisse ont étéensemencés sur gélose. A l'étuve, à 37°, se sont rapidement développées des colonies qui, en quelques jours, ont pris une coloration jaune soufre. Sous le champ de microscope, elles ne nous montrent que des cocci colorés par la méthode de Gram ; ce sont des staphylocoques dorés.

Sur les coupes des noyaux inflammatoires du poumon, nous avons également trouvé de nombreux amas de cocci colorés aussi par le Gram.

OBSERVATION III

Parotidite à staphylocoques dans le cours d'une cirrhose atrophique.

— *Arch. de méd. expér. et d'anath. path.* 1^{er} mars 1894.

Homme de 62 ans. Entre le 19 juin 1889, salle Rayer à la Pitié.

Malade depuis 8 mois. Alcoolique avéré, cirrhose atrophique arrivée à la période de cachexie. Les urines sont rares (4 à 500 gr.) 7 grammes d'urée. Urobiline. La bouche est sèche et rouge. Obnubilation intellectuelle.

25 juin. — Tuméfaction douloureuse de la parotide droite.

27 juin. — Aspect érysipélateux de la région.

30 juin. — Incision donnant issue à du sang et une petite quantité de pus grumeleux.

3 juillet. — Suppuration abondante.

Mort le 5 juillet.

A l'autopsie on trouve la parotide presque entièrement sphacélée et détruite par la suppuration.

Examen bactériologique.

27 juin. — Pus recueilli à l'orifice buccal du canal de Sténon. Cultures abondantes presque pures de staphylocoques dorés.

Sang du cœur à l'autopsie. Staphylocoque doré et quelques bacilles safrogènes.

OBSERVATION IV

Parotidite à staphylocoques dorés succédant à des traumatismes multiples. *Arch. de méd. expér. et d'anat. path.*, 1^{er} mars 1894.

Homme de 50 ans, transporté dans le service du professeur Jacksch le 9 mai 1891.

Etat général très grave, température élevée. Délire.

Le corps est couvert de traces de traumatismes multiples, excoriations, suffusions sanguines, etc.

Le lendemain, léger ictère, somnolence, gâtisme.

Le 15 mai. — La fièvre monte, et se développent rapidement les signes physiques d'une parotidite droite suppurée.

Des symptômes cérébraux graves font poser le diagnostic de méningite possible. Puis, signes de bronchite diffuse et le malade, sans avoir, repris connaissance, meurt le 20 mai.

Autopsie le 22. — En dehors des constatations médico-légales, on note du côté de la parotide des lésions d'infiltration suppurée totale.

De l'examen histo-bactériologique, il ressort que le processus inflammatoire a suivi les canaux glandulaires et que l'infection est due au staphylocoque doré qui se rencontre seulement au niveau des canalicules.

A propos des circonstances dans lesquelles cette observation a été prise, l'auteur se demande quel est, au point de vue médico-légal, le rôle étiologique des traumatismes dans le développement de la parotidite.

Il discute et élimine l'infection purulente généralisée et refuse de voir dans la suppuration glandulaire un abcès

métastatique. Il adopte cette conclusion, à laquelle nous nous rallions, qu'il existe un rapport indirect de cause à effet entre le traumatisme et l'infection glandulaire ; entre celui-là et celle-ci, se place un facteur étiologique intermédiaire la gravité de l'état général.

TRAITEMENT

La conduite du médecin devant une parotidite chez l'adulte est aujourd'hui bien nettement tracée : on commencera, si l'affection en est à son début, par faire de la révulsion et des pansements humides antiseptiques, en même temps qu'on apportera le soin le plus minutieux à faire par des lavages l'antisepsie buccale.

Mais on surveillera constamment l'évolution de cette inflammation, et se basant à la fois sur l'état général, la température et surtout l'état local, on se tiendra prêt à donner issue au pus dès qu'il sera collecté.

L'incision au bistouri est ici préférable à l'ouverture au thermo-cautère. On se rappellera que cette incision doit autant que possible être faite assez basse, de façon à pouvoir éviter sûrement la blessure des branches du facial, ou celle du canal de Sténon. Cette incision doit être à peu près verticale, parallèle à la direction de la branche ascendante du maxillaire inférieur.

L'incision au bistouri ne comprend que la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et l'aponévrose ; on usera ensuite de la sonde cannelée pour dissocier les tissus profonds, ce qui permettra de respecter les vaisseaux et les nerfs.

Les lavages après évacuation du pus ne paraissent pas d'une grande utilité, sauf toutefois dans les cas de suppuration très fétide, à odeur gangréneuse ; l'eau oxygénée peut alors être utilisée. En tous cas, on placera un drain pour assurer l'évacuation du pus. Il faut en outre surveiller par la suite l'état local, puisque dans certains cas il se forme des collections multiples. En pareille circonstance on n'hésitera pas à faire de nouvelles incisions.

Tout d'abord avant même de répondre à ces questions, on peut se demander s'il n'est pas possible de prévenir parfois ces suppurations graves par leur siège, graves aussi par le jeune âge du sujet qu'elles atteignent.

La bouche s'infecte vite chez le nouveau-né, mais pendant l'accouchement même la contamination est possible ; soit que l'infection des eaux se soit produite après une rupture prématurée ou au cours d'une expulsion longue et pénible, surtout si l'on a dû recourir dans un cas semblable à la manœuvre de Mauriceau ; soit qu'il y ait infection du vagin. N'est-ce pas ainsi que se produit l'ophtalmie purulente du nouveau-né dans bien des cas ? Sans doute l'infection buccale n'est pas aussi facilement réalisable que celle de la conjonctive, mais elle nous paraît cependant possible. Or, on sait combien les mesures prophylactiques contre l'ophtalmie des nouveau-nés ont été utiles elles ont abaissé dans d'immenses proportions le nombre des cas de cette redoutable affection.— Il ne serait peut-être pas inutile de désinfecter la bouche du nouveau-né, aussitôt sa naissance comme on a pris l'habitude de le faire pour la conjonctive ; peut-être éviterait-on ainsi bien des accidents.

. Il nous semble, qu'en tout cas, l'enfant n'aurait rien à perdre à une désinfection soigneuse de la cavité buccale.

Lorsque l'infection s'est déclarée, faut-il intervenir ? Certes on ne saurait trop rappeler combien les interventions chirurgicales prennent facilement un caractère de gravité chez les enfants nouveau-nés ; aussi pensons-nous qu'il n'y a pas lieu d'intervenir avant la collection purulente. Mais nous avons vu que celle-ci se fait en général très rapidement ; l'attente ne sera donc pas de longue durée. Quand le pus est collecté, faut-il intervenir chirurgicalement ?

La question a été discutée, non pas pour la parotidite mais pour la sous-maxillite qui lui est, à plus d'un point de vue, comparable. Monsieur Chassande Baroz dans sa thèse, conseille pour cette dernière affection le traitement par l'expression de la glande atteinte. Cette manière d'agir, qui peut avoir ses indications, nous semble discutable ; l'auteur l'avoue lui-même, disant que tout au moins pour le sujet de la seconde observation on pourrait hésiter.— Quel intérêt y a-t-il à vider dans la bouche d'un nouveau-né le contenu septique d'une glande suppurée ? sans doute on enlève avec un tampon le pus qui vient sourdre dans la bouche, mais ce n'est pas là une désinfection du milieu buccal ; le pus est enlevé, l'infection n'en persiste pas moins, et le liquide septique se reproduit très vite... « au bout de deux heures, c'était à recommencer. » D'ailleurs, la réduction de la tumeur était-elle considérable ? Chassande Baroz le trouve, mais il dit lui-même : « Avant, l'expression le volume de la tumeur glandulaire était celui d'une amande ; après il n'excédait

guère celui d'une noisette. » La différence ne nous paraît pas très grande.— En outre l'expression est assez douloureuse et les nouveau-nés supportent mal la souffrance ; or celle-ci devait être répétée toutes les deux heures.

L'intervention chirurgicale, bien faite, en temps utile, ne comporte pas une souffrance plus grande. Elle ne s'accompagne pas d'une perte de sang notable, et l'on sait que c'est là surtout ce que les nouveau-nés supportent mal ; enfin elle assure une évacuation bien meilleure du pus, et en dehors de la cavité buccale, ce qui n'est pas indifférent.

Au reste, nous devons convenir que la méthode d'expression serait bien moins facile à réaliser au niveau de la parotide qu'au niveau de la glande sous-maxillaire, faute d'un point d'appui osseux.

Dans nos deux observations, du reste, l'intervention chirurgicale a été faite ; dans un cas elle n'a pas été suivie de guérison, mais dans le second, l'enfant a parfaitement guéri. — Nous pensons donc que l'incision doit être faite aussitôt que le pus est collecté ; il ne faut pas remettre en pareille circonstance, il est à présumer que si chez notre petit malade l'intervention avait eu lieu le soir même où la collection a été constatée on aurait évité l'ouverture spontanée dans le conduit auditif externe qui existait le lendemain matin ; elle n'a pas eu des conséquences fâcheuses, mais on aurait dû la prévenir.

Enfin, il nous semble logique de supprimer l'allaitement au sein, au moins pendant quelques jours, et de prendre les précautions antiseptiques les plus minutieuses du côté de la bouche de l'enfant. — L'infection du

sein est si facilement réalisée que cette mesure nous semble prudente, du reste la mère ne sera pas obligée pour cela de renoncer définitivement à allaiter. Elle pourra avec précaution reprendre très vite son rôle de nourrice après l'intervention ; elle a d'autant moins à redouter l'infection de ses glandes mammaires que la bouche de l'enfant sera bien désinfectée avant chaque tétée et que le pus aura une issue plus facile au dehors.

CONCLUSIONS

1° Les parotidites chez le nouveau-né sont des affections très rares.

2° Elles sont à peu près toujours liées à une infection buccale ou à une lésion de voisinage.

3° Cette infection peut avoir lieu avant l'accouchement, pendant l'accouchement, ou après la naissance.

4° Les espèces microbiennes rencontrées jusqu'ici dans ces cas ont été le staphylocoque et le streptocoque.

5° La marche de l'affection est ici particulièrement hâtive. Une collection purulente considérable peut, dans ces jeunes tissus, se faire en un temps relativement très court.

6° Le pronostic est toujours grave ; il varie cependant avec l'état de débilité ou de résistance de l'enfant.

7° Le traitement consiste dans l'intervention précoce qui permettra d'évacuer le pus au dehors et d'établir un bon drainage ; il ne faut pas trop attendre pour pratiquer l'incision, afin d'éviter la diffusion du pus ou l'ouverture spontanée de la collection purulente dans le conduit auditif externe.

8° On désinfectera soigneusement la bouche du petit malade, et il sera prudent, au moins pendant quelques jours, de ne pas le mettre au sein, de manière à éviter la galactophorite et l'infection de la mère.

Vu : le Président de la thèse
TILLAUX

Vu : le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.
GRÉARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Budin.** — Clinique d'accouchements, 16 novembre 1899.
- Chassande-Baroz.** — Infection des glandes sous-maxill. chez le nouveau-né. Th. de Paris. 1899.
- Claisse et Dupré.** — Infections salivaires. Arch. de méd. expér. 1894, n° 1 et 2.
- Damourette.** — Affections des nourrissons consécutives à la galactophorite de la nourrice. Th. de Paris, 1895.
- Demelin.** — Des abcès sous-épidermiques chez le nouveau-né. Rev. obstétric. internat. 1896, t. II, p. 241.
- Des infections amniotiques qui se produisent après la rupture des membranes. Arch. de gynécol. et de toxologie. 1896, p. 679.
- Demelin et Le Damany.** — Rev. obst. internat. 1896, n° 44, p. 58.
- Faure.** — Gaz. des hôpitaux, 23 mars 1895, n° 36.
- Galtier.** — De l'infection primitive du liquide amniotique après la rupture prématurée des membranes de l'œuf humain. Thèse de Paris, 1895.
- Girode.** — Infections salivaires ascendantes. Société de biologie, 13 janvier 1893.
- Hanau.** — Corresp. Blatt. f. Schw. Ärzte, 1889, p. 668.
- Legry et Dubrisay.** — Infection à streptocoque du fœtus par contamination buccale. Presse méd. 1894, p. 135.

- Lehmann.** — Infection amniotique et ses conséquences pour l'enfant. Th. de Paris, 1899.
- Lenoble (Ed).** — Etude sur quelques septicémies du nouveau-né et du nourrisson simulant la gastro-entérite. Thèse de Paris, 1897-98.
- Lorain.** — La fièvre puerpérale chez la femme ; le fœtus et le nouveau-né. Th. de Paris 1855.
- Margoulieff (Mlle).** — Variole contractée par le fœtus dans la cavité utérine. Th. de Paris 1899.
- Pilliet.** — Double suppuration des glandes sous-maxillaires (Bull. de la Soc. anat. de Paris, 1890, p. 182.
- Raffaële-Sarra.** — Absès du tissu cellulaire sous-cutané chez le nouveau-né (Rév. gén. des mal. de l'enf. année 1894, p. 136).
- Schild.** — De l'apparition des bactéries dans le contenu intestinal des nouveau-nés in Sem. méd. 1894, p. 136.
- Tillaux** — Anatomie topographique (p. 403).
- Triquet.** — Arch. de méd., 1852, t. XXXIX, p. 164.
- Vahle.** — De la présence des streptocoques dans le vagin des femmes en travail.
Zeitsch für Gebrests, XXXV, 1, p. 120.

